




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés) le ayudará a elegir una cobertura médica. El Resumen de beneficios y cobertura le mostrará cómo se comparten los costos de los servicios médicos con cobertura entre usted y el administrador de la cobertura. AVISO: La información sobre el costo de esta cobertura (denominado prima¹) se proporcionará por separado. **Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la misma, llame al 1-800-252-8039 o visite espanol-healthselect.bcbstx.com. Consulte en el Glosario términos generales comunes, tales como, cantidad permitida, facturación de saldos, coaseguro, copago, deducible, prestador de servicios médicos u otros términos subrayados. El Glosario está disponible en www.cuidadodesalud.gov/es/glossary/ o puede llamar al 1-800-252-8039 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	En la red: \$0 por persona / \$0 por familia Fuera de la red: \$500 por persona / \$1,500 por familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los servicios de los <u>prestadores de servicios médicos</u> hasta cumplir con el <u>deducible</u> antes de que la <u>cobertura</u> comience a pagar. Si incluyo a otros miembros de la familia en la <u>cobertura</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total en gastos de <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> general por familia.
¿Hay servicios con cobertura antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios preventivos</u> y los <u>servicios de la red</u> tienen cobertura antes de cumplir con el <u>deducible</u> . Las pruebas diagnósticas y los <u>servicios relacionados con COVID-19</u> , tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura antes de que usted cumpla con el <u>deducible</u> durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.	Esta <u>cobertura</u> paga por algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el <u>deducible</u> . Pero, pueden aplicarse un <u>copago</u> o <u>coaseguro</u> . Por ejemplo, esta <u>cobertura</u> paga por ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>gastos compartidos</u> antes de cumplir con el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> con cobertura en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí, \$50 por gastos de medicamentos recetados por persona; \$5,000 por intervención quirúrgica bariátrica para empleados en activo; y \$200 por servicio para ciertos servicios sin autorización previa.	Antes de que la <u>cobertura</u> comience a pagar por estos servicios, debe pagar todos los costos por estos servicios hasta cumplir con el monto de <u>deducible</u> específico.
¿Cuál es el <u>gasto máximo de bolsillo</u> para esta <u>cobertura</u> ?	En la red ¹ : \$7,050 por persona / \$14,100 por familia Fuera de la red: sin límite Límite en <u>coaseguro</u> : \$2,000 <u>en la red</u> / \$7,000 fuera de la red	El <u>gasto máximo de bolsillo</u> es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios con cobertura. Si incluyó en su <u>cobertura</u> a otros miembros de su familia, deben cumplir con sus propios <u>gastos máximos de bolsillo</u> , hasta que todos cumplan con el <u>gasto máximo de bolsillo</u> general por familia.
¿Qué es lo que no se contabiliza para el <u>gasto máximo de bolsillo</u> ?	Las contribuciones ² , la <u>facturación de saldos</u> ³ , los servicios que no están incluidos en esta cobertura y los servicios de intervención quirúrgica bariátrica.	Aunque usted paga por estos gastos, estos no se contabilizan en favor del <u>gasto máximo de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a <u>prestadores de servicios médicos de la red</u> ?	Sí. Consulte la lista de <u>prestadores de servicios médicos de la red</u> en espanol-healthselect.bcbstx.com o llame al 1-800-252-8039.	Esta <u>cobertura</u> cuenta con una <u>red de prestadores de servicios médicos</u> . Pagará menos si acude a <u>prestadores de servicios médicos de la red</u> de su <u>cobertura</u> . Pero, pagará lo máximo si acude a <u>prestadores de servicios médicos</u> fuera de la red; además, es posible que reciba una factura del <u>prestador de servicios</u> por la diferencia entre los cobros de los servicios <u>prestados</u> y lo que paga la <u>cobertura</u> (<u>facturación de saldos</u>) ³ . Tenga en cuenta que, la red de <u>prestadores de servicios médicos</u> posiblemente incluya a <u>prestadores de servicios médicos</u> que no participan en la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con el <u>prestador de servicios médicos</u> los detalles antes de recibir cualquier servicio.
¿Necesita una orden médica para consultar a <u>especialistas</u> ?	No, las <u>órdenes médicas</u> no son obligatorias para consultar a <u>especialistas</u> .	Puede consultar al <u>especialista</u> que eligió sin una orden médica (<u>referido</u>).

¹ Los gastos máximos de bolsillo de esta cobertura se reinician cada año calendario. El gasto máximo de bolsillo de la red que se aplica a esta cobertura del 1.º/sept./2022 al 31/dic./2022 es de \$7,000 por persona y \$14,000 por familia.

² Según esta póliza, el pago para su cobertura médica se denomina contribución en lugar de prima.

³ A partir del 1.º de enero de 2020, los prestadores de servicios médicos que no participan en la red no pueden recurrir a la facturación de saldos para ciertos servicios. Consulte el documento maestro de servicios con cobertura "Master Benefit Plan".

 Todos los cobros por concepto de copago y coaseguro que se muestran en esta tabla se aplican después de cumplir con el deducible, en caso de que este se aplique.

Sucesos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante adicional
		Prestador de servicios médicos de la red (usted pagará menos)	Prestador de servicios médicos fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita atención en un consultorio o clínica de un <u>profesional médico</u>	Consultas de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25 por consulta	<u>coaseguro</u> del 40%	Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.
	Consultas a <u>especialistas</u>	<u>Copago</u> de \$40 por consulta	<u>coaseguro</u> del 40%	Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.
	<u>Atención preventiva/exámenes preventivos/vacunas</u>	sin costo	<u>coaseguro</u> del 40%	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele al <u>prestador de servicios médicos</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego, verifique lo que su <u>cobertura</u> pagará.
Si necesita un examen	<u>Examen diagnóstico</u> (radiografías y análisis de sangre)	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.
	Imagenología (Tomografías computarizadas/por emisión de positrones/por resonancia magnética)	<u>Copago</u> de \$100 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$100 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 40%	Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la documentación de la cobertura en espanol-healthselect.bcbstx.com.

Sucesos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante adicional
		Prestador de servicios médicos de la red (usted pagará menos)	Prestador de servicios médicos fuera de la red (usted pagará más)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o problema médico</p> <p>Más información sobre la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> está disponible en www.healthselectrx.com</p>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	<u>Copago</u> de \$10 (no de mantenimiento) <u>Copago</u> de \$10 (mantenimiento) <u>Copago</u> de \$30 (entrega a domicilio o suministro extendido)	<u>Copago</u> de \$10, más <u>coaseguro</u> del 40% (no de mantenimiento) <u>Copago</u> de \$10, más <u>coaseguro</u> del 40% (mantenimiento) <u>Copago</u> de \$30, más <u>coaseguro</u> del 40% (entrega a domicilio o suministro extendido)	<p>Podría requerirse <u>autorización previa</u>. No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos. Aviso: Si hay un medicamento genérico disponible y usted opta por uno de marca (ya sea preferencial o no), pagará el <u>copago</u> correspondiente a medicamentos genéricos más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el costo del medicamento genérico.</p>
	Medicamentos de marca preferenciales (Nivel 2)	<u>Copago</u> de \$35 (no de mantenimiento) <u>Copago</u> de \$45 (mantenimiento) <u>Copago</u> de \$105 (entrega a domicilio o suministro extendido)	<u>Copago</u> de \$35, más <u>coaseguro</u> del 40% (no de mantenimiento) <u>Copago</u> de \$45, más <u>coaseguro</u> del 40% (mantenimiento); <u>Copago</u> de \$105, más <u>coaseguro</u> del 40% (pedido con entrega a domicilio o suministro extendido)	
	Medicamentos de marca no preferenciales (Nivel 3)	<u>Copago</u> de \$60 (no de mantenimiento) <u>Copago</u> de \$75 (mantenimiento) <u>Copago</u> de \$180 (entrega a domicilio o suministro extendido)	<u>Copago</u> de \$60, más <u>coaseguro</u> del 40% (no de mantenimiento) <u>Copago</u> de \$75, más <u>coaseguro</u> del 40% (mantenimiento); <u>Copago</u> de \$180, más <u>coaseguro</u> del 40% (entrega a domicilio o suministro extendido)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	<p>Si surte los <u>medicamentos especializados</u> a través de una farmacia, estos tienen cobertura como medicamentos de marca preferenciales o de marca no preferenciales, según se indica anteriormente. De lo contrario, tienen cobertura como servicio médico.</p>	<p>Si surte los <u>medicamentos especializados</u> a través de una farmacia, estos tienen cobertura como medicamentos de marca preferenciales o de marca no preferenciales, según se indica anteriormente. De lo contrario, tienen cobertura como servicio médico.</p>	<p>Podría requerirse <u>autorización previa</u>. No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos. Aviso: Si hay un medicamento genérico disponible y usted opta por uno de marca (ya sea preferencial o no), pagará el <u>copago</u> correspondiente a medicamentos genéricos más la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el costo del medicamento genérico.</p>
<p>Si necesita una intervención quirúrgica como paciente externo</p>	Cuota del centro (por ejemplo, centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Copago</u> de \$100 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$100 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 40%	Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos.
	Cuotas de médicos o cirujanos	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	ninguna

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la documentación de la [cobertura](http://espanol-healthselect.bcbstx.com) en espanol-healthselect.bcbstx.com.

Sucesos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante adicional
		Prestador de servicios médicos de la red (usted pagará menos)	Prestador de servicios médicos fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en salas de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$150 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$150 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 20% No se aplica el <u>deducible</u> para servicios fuera de la red.	<u>Copago</u> de \$300 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 20%, se aplica a los servicios en <u>salas de emergencias</u> independientes fuera de la red, que no estén afiliadas a un hospital, y usted puede ser responsable de pagar la <u>facturación de saldos</u> ³ . No se aplica el <u>deducible</u> por servicios fuera de la red. <u>Copago</u> por <u>servicios en salas de emergencias</u> exento si es admitido. Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 20% No se aplica el <u>deducible</u> para servicios fuera de la red.	ninguna
	<u>Atención médica inmediata</u>	<u>Copago</u> de \$50 por consulta, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la documentación de la cobertura en espanol-healthselect.bcbstx.com.

Sucesos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante adicional
		Prestador de servicios médicos de la red (usted pagará menos)	Prestador de servicios médicos fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita servicios de hospitalización	Cuota del centro (por ejemplo, cuarto de hospital)	<u>Copago</u> de \$150 por día por admisión, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$150 por día por admisión, más <u>coaseguro</u> del 40%	<u>Copago</u> máx. de \$750 por admisión. <u>Copago</u> máx. de \$2,250 por año calendario por persona. Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos. Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.
	Cuotas de médicos o cirujanos	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	ninguna
Si necesita servicios para la salud mental, salud conductual o tratamiento por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	<u>Copago</u> de \$25 por consultas médicas y <u>coaseguro</u> del 20% para otros servicios ambulatorios.	<u>coaseguro</u> del 40%	Algunos servicios deben ser <u>autorizados previamente</u> ; consulte el documento maestro de servicios con <u>cobertura "Master Benefit Plan"</u> .
	Servicios para pacientes internados	<u>Copago</u> de \$150 por día por admisión, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$150 por día por admisión, más <u>coaseguro</u> del 40%	<u>Copago</u> máx. de \$750 por admisión. <u>Copago</u> máx. de \$2,250 por año calendario por persona. Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos.
En caso de embarazo	Consultas médicas	<u>Copago</u> de \$25 por <u>consulta de atención primaria</u> <u>Copago</u> de \$40 por consulta inicial a un <u>especialista</u> Sin costo después de la consulta inicial.	<u>coaseguro</u> del 40%	No incurrirá en <u>gastos compartidos</u> por <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, pueden aplicarse un <u>copago</u> , <u>coaseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otras secciones de este resumen (por ejemplo, ultrasonidos). Las pruebas diagnósticas y los servicios relacionados con COVID-19, tanto <u>en la red</u> como fuera de la red, tienen cobertura sin gasto compartido durante la Declaración de emergencia nacional por causa del nuevo coronavirus.
	Servicios profesionales de parto o alumbramiento	sin costo	<u>coaseguro</u> del 40%	
	Centro de servicios de parto o alumbramiento	<u>Copago</u> de \$150 por día por admisión, más <u>coaseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$150 por día por admisión, más <u>coaseguro</u> del 40%	<u>Copago</u> máx. de \$750 por admisión. <u>Copago</u> máx. de \$2,250 por año calendario por persona. Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la documentación de la cobertura en espanol-healthselect.bcbstx.com.

Sucesos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones e información importante adicional
		Prestador de servicios médicos de la red (usted pagará menos)	Prestador de servicios médicos fuera de la red (usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener <u>autorización previa</u> puede aumentar los costos. Máximo de 100 consultas fuera de la red por año calendario por persona La terapia de infusión en el hogar no tiene cobertura si se recibe fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener autorización previa puede aumentar los costos.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	Límite de una reparación o remplazo cada 3 años por persona, a menos que el problema médico o estado físico <u>cambien</u> . Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener autorización previa puede aumentar los costos.
<u>Servicios de atención paliativa</u>	<u>coaseguro</u> del 20%	<u>coaseguro</u> del 40%	Podría requerirse <u>autorización previa</u> . No obtener autorización previa puede aumentar los costos.	
Si su hijo necesita servicios dentales u oculares	Examen pediátrico de la vista	<u>Copago</u> de \$40 por consulta;	<u>coaseguro</u> del 40%	Límite de un examen rutinario por año calendario por persona No es necesaria una <u>orden médica (referido)</u> para los exámenes de la vista. Un <u>examen preventivo</u> de agudeza visual incluido, sin <u>copago</u> , si lo realiza un <u>profesional de la red</u> .
	Anteojos para niños	sin cobertura	sin cobertura	ninguna
	Chequeo pediátrico dental	sin cobertura	sin cobertura	ninguna

Servicios excluidos y otros servicios con cobertura:

Servicios que su <u>cobertura</u> generalmente NO incluye (Consulte los detalles y una lista de <u>servicios excluidos</u> en la documentación de la póliza o <u>cobertura</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía cosmética • Cuidado dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos, excluidos los programas de capacitación autodidáctica para la diabetes • Anteojos y lentes de contacto • Tratamiento de infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Artículos de uso personal • Cuidados rutinarios de los pies

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la documentación de la cobertura en espanol-healthselect.bcbstx.com.

Otros servicios con cobertura (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte la documentación de su cobertura).

- Intervención quirúrgica bariátrica para empleados en activo
- Servicios quiroprácticos
- Aparatos auditivos (límite de \$1,000 por oído por período de 36 meses)
Menores de 18 años elegibles no están sujetos al máximo de \$1,000 por aparato auditivo
- Atención médica en casos que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada (límite de 96 horas al año por servicios fuera de la red)
- Las mamografías diagnósticas en la red tienen cobertura del 100%.
- Atención rutinaria de la vista (adultos)
- Programas de pérdida de peso (Limitado a ciertos programas. Consulte la información sobre los programas con cobertura en el documento "Master Benefit Plan Document").

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura luego esta finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: comuníquese con HealthSelect of Texas al 1-800-892-2803; con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, en inglés) al 1-866-444-EBSA (3272) o en línea en www.dol.gov/ebsa/healthreform; o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en línea en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la opción de contratar cobertura para particulares a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado de seguros, visite cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar inconformidades y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su cobertura por el rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, los documentos de su cobertura proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad al administrador de su cobertura por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-252-8039, visitar espanol-healthselect.bcbstx.com, comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.texashealthoptions.com.

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye coberturas o seguros médicos disponibles a través del Mercado de seguros médicos u otras pólizas particulares en el mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otros tipos de coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para recibir el crédito fiscal para las primas.

¿Esta cobertura cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su cobertura no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que usted sea elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que le ayudará a pagar una cobertura a través del Mercado de seguros.

Acceso a servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-252-8039.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-252-8039.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-252-8039.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-252-8039.

Para ver los ejemplos sobre cómo esta cobertura puede cubrir los costos para una situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos sobre cómo esta cobertura paga por la atención médica. Los costos reales serán diferentes dependiendo de la atención médica que reciba, los precios que cobran los prestadores de servicios médicos y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de gastos compartidos (deducibles, copagos y coaseguro) y los servicios excluidos de esta póliza de cobertura. Use esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar con diferentes coberturas médicas. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura para una sola persona.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención médica prenatal en la red y un parto en un hospital)	Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención rutinaria en la red para una enfermedad bien controlada)	Fractura sencilla de Mia (atención en salas de emergencias y seguimiento en la red)
--	--	---

■ Deducible general de la <u>cobertura</u>	\$0
■ Copagos del <u>especialista</u>	\$40
■ Coaseguro del hospital (centro)	20%
■ Copagos del hospital (centro)	\$150
■ Otro <u>coaseguro</u>	20%

Este evento de MUESTRA incluye servicios como los siguientes:
 Consultas a especialistas (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto o alumbramiento
 Centro de servicios para el parto o alumbramiento
Exámenes diagnósticos (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consultas a especialista (*anestesia*)

Costo total para este ejemplo	\$12,700
--------------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$10
Copagos	\$400
Coaseguro	\$2,200
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$60
Total que Peg debe pagar:	\$2,670

■ Deducible general de la <u>cobertura</u>	\$0
■ Copago del <u>especialista</u>	40
■ Coaseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coaseguro</u>	20%

Este evento de MUESTRA incluye servicios como los siguientes:
 Consultas a médicos de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total para este ejemplo	\$5,600
--------------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$50
Copagos	\$700
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$20
Total que Joe debe pagar:	\$770

■ Deducible general de la <u>cobertura</u>	\$0
■ Copago del <u>especialista</u>	\$40
■ Coaseguro del hospital (centro)	20%
■ Copago del hospital (sala de emergencias)	\$150
■ Otro <u>coaseguro</u>	20%

Este evento de MUESTRA incluye servicios como los siguientes:
 Atención en salas de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Examen diagnóstico (*por radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total para este ejemplo	\$2,800
--------------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles	\$10
Copagos	\$400
Coaseguro	\$400
<i>Lo que no tiene cobertura</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$0
Total que Mia debe pagar:	\$810

La cobertura será responsable de los otros costos de estos servicios con cobertura en este EJEMPLO.



BlueCross BlueShield of Texas

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To speak to an interpreter, call the customer service number on the back of your member card. If you are not a member, or don't have a card, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضوًا، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍອໍານວຍການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍມູນບັນນາທາຂອງທ່ານໄດ້ໃດໆບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຕົວກັບບາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໃບຫາດັບຢ່າງບໍ່ມີຄ່າການລູກຄ້າທີ່ມີຄູ່ຕໍາແຫຼ່ງບັນດາສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໃບຫາດັບ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'idíilkidgo, ts'idá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwol. Ata' halne'í bich'i' hadeesdzih nínízingo éí kwe'é da'iníishgi áká anídaalwo'ígíí bich'i' hodíílnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'écégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíílnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوآلی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.

Tener cobertura médica es importante para todos

Brindamos servicios y asistencia gratuita de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que no brindamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>